Consentement pour l'administration à l'école du vaccin antigrippe H1N1 2009 injectable

Section 1 : Informations relatives à l'enfant devant recevoir le vaccin (EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

NOM DE L'ELEVE (Famille)	(Prénom)	(Initiales)	**DATE DE NAISSANCE DE L'ELEVE** **jour_____ mois_____ année _____**	
NOM DU PARENT / DU TUTEUR LEGAL (Famille)	(Prénom)	(Initiales)	**AGE DE L'ELEVE**	**SEXE DE L'ELEVE** **M / F**
ADRESSE DE L'ELEVE			**RACE DE L'ELEVE** (cochez les cases vous concernant) ☐ Amérindien / Natif d'Alaska ☐ Asiatique ☐ Noir / Afro-américain ☐ Natif d'Hawaii / Insulaire du Pacifique ☐ Blanc ☐ Inconnu ☐ Autre (Indiquez) _____	
VILLE	**COMTE**			
ETAT / **CODE POSTAL**	**NOM DE L'ECOLE**	**CLASSE**		
NUMERO DE TELEPHONE DE JOUR DU PARENT / TUTEUR LEGAL :			**ETHNICITE DE L'ELEVE** Hispanique ou Latino : ☐ Oui ☐ Non	

Section 2 : Vérification de l'éligibilité au vaccin

Si votre enfant a déjà été vacciné avec le vaccin contre la grippe H1N1 2009 (NON PAS LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE), veuillez indiquer les nombre de doses et les dates de vaccination.

☐ Dose 1 Date reçue : jour _____ mois _____ année_____ Forme (entourez SVP) : pulvérisation nasale injection

☐ Dose 2 Date reçue : jour _____ mois _____ année_____ Forme (entourez SVP) : pulvérisation nasale injection

Les questions suivantes nous aideront à déterminer si votre enfant peut recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 2009. Veuillez cocher OUI ou NON pour chaque question.

	OUI	NON
1. Votre enfant est-il allergique aux œufs ?	☐	☐
2. Votre enfant a-t-il d'autres allergies ? Veuillez indiquer lesquelles :	☐	☐
3. Votre enfant a-t-il eu une réaction dans le passé à une dose de vaccin contre la grippe ?	☐	☐
4. Votre enfant a-t-il jamais été atteint du syndrome de Guillain-Barré (une faiblesse musculaire sévère à caractère temporaire) dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ?	☐	☐

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions ci-dessus, votre enfant peut probablement recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 2009. Si vous avez répondu « OUI » à une question ou plus, vous devez contacter votre prestataire de soins de santé ou votre département de la santé local pour discuter des options existantes en matière de vaccination.

Pour toute question relative au vaccin contre la grippe H1N1 2009, appelez le prestataire de soins de santé de votre enfant ou le département de la santé local. Vous pouvez également vous renseigner auprès du Département de la santé et de l'hygiène mentale du Maryland (Maryland Department of Health and Mental Hygiene) à www.dhmh.state.md.us/swineflu/ ou à www.flu.gov .

Toutes les informations fournies revêtent un caractère confidentiel. Vous pouvez vous procurer un exemplaire de la charte de confidentialité (Notice of Privacy Practices) sur www.hhs.gov/ocr/hipaa.

Section 3 : Consentement

CONSENTEMENT A LA VACCINATION DE MON ENFANT :

En signant ce formulaire, **j'autorise la vaccination de mon enfant** et **je reconnais** que **:**

- Les informations ci-dessus sont correctes.
- J'ai lu la « déclaration concernant les informations relatives au vaccin antigrippe H1N1 2009 » ou que quelqu'un me l'a lue.
- Je comprends les risques et bénéfices de recevoir le vaccin H1N1.
- Toutes les questions que j'avais sur le vaccin ont reçu une réponse.
- Un exemplaire de la charte de confidentialité m'a été fourni.

Signature du parent/tuteur légal _____ Date : jour _____ mois _____ année _____

Section 4: Vaccination Record **FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator Location of Vaccination Clinic	Provider Number
2009 H1N1 Injectable (IM)	/ /		☐ CSL ☐ GSK ☐ Novartis ☐ Sanofi			